

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

439

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Emmanuel ALLOS

*de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

Né le 25 Décembre 1906, à MOSSOUL (Mésopotamie)

Contribution à l'Etude Clinique
des
Septicémies Pneumococciques
sans localisations

Président : Monsieur CARNOT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Emmanuel ALLOS

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 25 Décembre 1906, à MOSSOUL (Mésopotamie)

Contribution à l'Etude Clinique
des
Septicémies Pneumococciques
sans localisations

Président : Monsieur CARNOT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire ..	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CATHALA	Pathologie médicale.
AUBERTIN ..	Pathologie médicale.	CHABROL	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	CHAILLEY-	
BROCC	Pathologie chirurgicale.	BERT.	Physiologie.
BRULE	Pathologie médicale.	CHEVALLIER .	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	DOGNON	Physique.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	DONZELOT ..	Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
MAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHEL, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphi- iographie.
FROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUÉNIOT.....	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de mon
amour filial et de ma reconnais-
sance.

A MA SŒUR

A MES PARENTS ET AMIS

A MADEMOISELLE JANINE DUTREY

Dont l'amitié inébranlable m'a
encouragé au cours de mes études.
Je lui dédie ce travail, témoignage
de mon indéfectible affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. CHABROL

Qui a inspiré ce modeste travail.
Hommage de notre vive reconnais-
sance pour l'enseignement clinique
qu'il nous a prodigué pendant les
deux années que nous avons pas-
sées dans son service.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN
Professeur honoraire de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER
Chirurgien des Hôpitaux

A MON MAÎTRE

MONSIEUR J.-L. CHIRIE
Accoucheur des Hôpitaux

A MON MAÎTRE

MONSIEUR A. BERGERET
Chirurgien des Hôpitaux

AUX DOCTEURS : BOPPE, *Chirurgien des Hôpitaux* ;
J. RAVINA, *Accoucheur des Hôpitaux* ; MAXI-
MIN, *Chef de Clinique* ; BOLTANSKI, *Assistant à*
l'Hôpital Saint-Antoine.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

1928. MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.
1929. MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY.
MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET.
1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR CLERC.

Externat :

1930. MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN.
MONSIEUR LE DOCTEUR A. BERGERET.
1931. MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. CHIRIE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER.
1932-1933. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. CHA-
BROL.

A MON EXCELLENT AMI JEAN COTTET

Dont la collaboration m'a été très
précieuse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES SEPTICEMIES PNEUMOCOCCIQUES SANS LOCALISATIONS

Avant-propos

Ayant observé dans le service de notre Maître, M. le Professeur agrégé Etienne CHABROL, un cas de septicémie à pneumocoques d'évolution prolongée rappelant le paludisme par la fièvre intermittente, et l'absence complète de localisation, nous nous sommes proposé de grouper dans une vue d'ensemble les observations semblables que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale.

La septicémie pneumococcique est fréquente, bien connue aujourd'hui, de très nombreux cas en ayant été publiés ; aussi, voudrions-nous limiter notre sujet à l'étude des *septicémies pures sans localisation, formes très rarement observées*.

Bien que le pneumocoque ait été découvert en 1881 par PASTEUR, c'est à TALAMON que revient le mérite de l'avoir isoïé du sang d'un malade, de l'avoir cultivé, de l'avoir inoculé, bref d'avoir démontré qu'il était à l'origine de la pneumonie. Après les travaux cliniques de NETTER et JACCOUD (1886), BELFANTI (1890), ETTLINGER (1893), de DESGUINS (Bruxelles 1908), de WIDAL et de ses élèves LEMIERRE, ABRAMI, JOLTRAIN, après les recherches expérimentales de GAMALEIA, TCHISTOVITCH, JOLTRAIN, WEILL, CLUZET, MOURIQUAND et A. DUFOUT,

LAMAR et MELTZER, WINSTERNITZ et HIRSCHFELDER, RASQUIN, il est admis que tantôt la pneumonie a une origine exogène : l'arrivée du pneumocoque se faisant par voie aérienne ; tantôt et plus rarement, une origine endogène, le pneumocoque arrivant au poumon par voie sanguine.

Lorsque l'infection se fait par voie sanguine, « la pneumonie apparaît comme la réaction d'un organisme déjà en état d'allergie vis-à-vis du pneumocoque » (ARLOING, DUFOURT et LANGERON). C'est ce qui fait comprendre que la phase septicémique précédant la localisation pulmonaire est fréquente surtout chez le nourrisson et l'indigène de race noire arrivant en France directement de la Colonie. MM. ARLOING, A. DUFOURT et LANGERON terminent ainsi la discussion des rapports de la septicémie pneumococcique et des localisations pulmonaires : « La plupart des pneumonies sont d'origine aérienne et restent des maladies locales. Quelques pneumonies seulement sont d'origine sanguine. Il y a alors septicémie vraie et habituellement diverses métastases, dont l'une est la pneumonie ».

A côté des septicémies à pneumocoques, éphémères, se terminant par une pneumonie, MM. ARLOING, DUFOURT et LANGERON décrivent les *septicémies pneumococciques congénitales*, et les *septicémies s'accompagnant de localisations pulmonaires et extra-pulmonaires* ; ces derniers types de septicémies peuvent se rencontrer chez le nourrisson, le noir ou l'adulte.

Laissant de côté tous ces types de septicémie, nous n'envisagerons dans ce travail que les *septicémies pures, sans localisation*. Ces formes étant de beaucoup les plus rares, nous avons pensé qu'il n'était pas intéressant à propos de l'observation récemment publiée par notre Maître, M. le Professeur agrégé E. CHA-

BROL, de réunir les autres cas semblables que nous avons pu glaner dans la littérature médicale.

Nous verrons d'ailleurs qu'entre ces formes purement septicémiques, et les formes à multiples localisations, véritables septico-pyohémies, il existe de nombreux types de passage : MM. CARNOT et DE KERDREL l'ont bien montré pendant la guerre dans leur important mémoire sur les épidémies pneumococciques. MM. JACQUELIN et L. DUCHON viennent d'en publier un nouvel exemple. Nous rapporterons cette dernière observation, d'autant plus curieuse que par bien des traits elle se rapproche de la nôtre.

CHAPITRE PREMIER

Observations de septicémies à pneumocoques sans localisations

OBSERVATION I

(Cas de MM. E. CHABROL, L. DUCHON et Jean COTTET)

« Il s'agissait d'une femme de 55 ans, dont les accès fébriles avaient débuté le 26 décembre 1932, vingt jours avant son admission à l'Hôpital Saint-Antoine. Dans les premières heures, tout avait plaidé en faveur d'un début pneumonique : les frissons, la brusque ascension thermique, les vomissements, la céphalée, voire même un léger point de côté à la base du poumon droit. Cependant, à la troisième semaine, le foyer pulmonaire ne s'était pas encore extériorisé et la température persistait aussi élevée que dans les premiers jours.

« Cette fièvre quotidienne était remarquablement tolérée ; bien qu'elle éprouvât tous les soirs les trois stades classiques de frissons, de chaleur, et de sueurs, la malade conservait au bout d'un mois un aspect floride et un poids sensiblement normal.

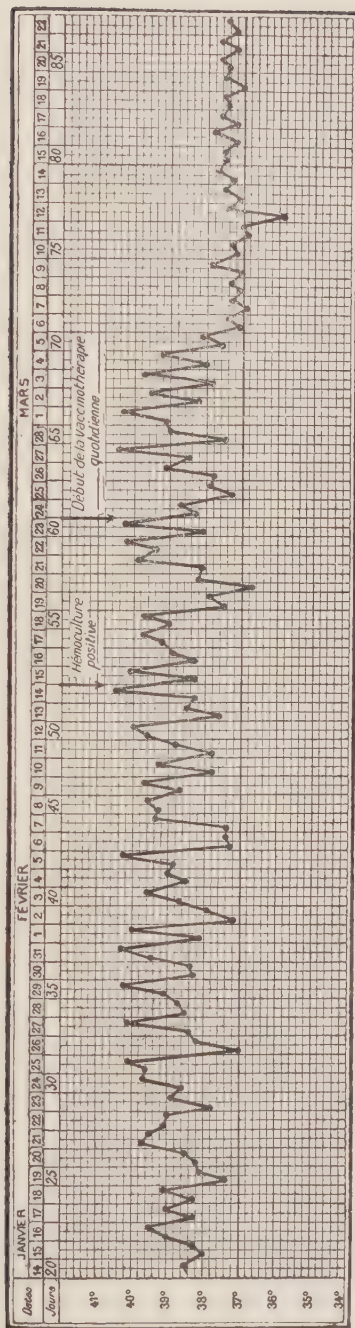
« L'hypothèse de tuberculose ayant été écartée par les examens radiologiques et bactériologiques, nous ne crûmes pas devoir nous arrêter à l'hypothèse de paludisme. Cette femme n'avait jamais quitté Paris ;

sa rate n'était pas augmentée de volume ; d'autre part, l'auscultation pulmonaire révélait les signes d'une bronchite diffuse. Ce fut seulement au cinquante et unième jour que l'hémoculture nous révéla la présence d'un diplocoque lancéolé prenant le Gram, et nous donna du même coup une vue d'ensemble de cette infection singulière.

« *L'allure intermittente de la fièvre doit d'abord nous surprendre ; elle est bien loin d'être la règle au cours des septicémies pneumococciques de l'adulte, alors qu'elle est habituelle dans les pneumococcies de l'enfance et aussi dans certaines septicémies isolées durant la guerre par MM. CARNOT et DE KERDREL, sous le titre de « pneumococcies épidémiques des Tropicaux ».*

« Plus intéressante encore est la *longue durée de la pneumococcie*. Un exemple comparable a été rapporté par M. LEREBoullet chez l'enfant ; il s'agissait d'une fillette de dix ans, dont les poussées fébriles oscillèrent de 37 à 40° pendant vingt-quatre jours consécutifs. TURRETINI a vu également évoluer pendant plusieurs mois une septicémie pneumococcique du type palustre, sans grande localisation congestive. Chez un petit malade de D'ESPINE et REH, l'enfant garda du pneumocoque dans son sang pendant cinquante-huit jours. Il convient cependant de noter avec WEILL et GARDÈRE, qui ont consacré à cette question un excellent rapport, que ces fièvres prolongées et oscillantes s'observent surtout dans l'enfance. Chez l'adulte, les septicémies pures dont DESGUINS a publié une fort curieuse auto-observation, sont de bien plus courte durée ; de même les septicémies à pneumocoques, relatées par BROUARDEL et RENARD, MÉNÉTRIÉ et LÉVESQUE, et dont l'évolution n'excéda pas une semaine ; or,

Septicémie pneumococcique.



Observation N^o 4. — Cas de MM. E. CHABROL, L. DUCHON et Jean COTTET.

c'est pendant 70 jours que se manifesta la pneumococcie prolongée de notre malade.

« *L'absence de localisation pulmonaire* est bien en accord avec cette longue durée, tant il est vrai que dans le cycle normal de la pneumonie de l'adulte, l'hépatisation lobaire et l'immunité sont une évolution parallèle.

« Nous avons dit que les signes d'auscultation thoracique se résumaient dans le tableau d'une bronchite aiguë. Aucun foyer de condensation pulmonaire ne permettait d'incriminer une broncho-pneumonie aiguë ou tuberculeuse. L'examen radiographique que nous pratiquâmes en période fébrile, révéla aussi bien l'absence complète d'adénopathie trachéo-bronchique que la perméabilité parfaite des deux champs pulmonaires. Au lendemain de la vaccination, lorsque la température fut revenue à son chiffre normal, nous recherchâmes par le lipiodol s'il existait des poches de broncheectasie susceptibles d'entretenir une fièvre intermittente broncho-septique. Nous n'en découvrîmes point. D'ailleurs, notre malade ne se présentait pas comme une catarrheuse ; les accidents avaient débuté brusquement sous forme de frissons et de fièvre, alors qu'elle jouissait d'une santé parfaite. Nous l'avons revue dernièrement ; elle ne garde aucune séquelle de cette longue infection.

« On peut s'étonner, en constatant l'absence de localisation pulmonaire, que cette septicémie prolongée ait affecté pendant toute sa durée *une allure fort bénigne*. Comme l'écrivent justement ARLOING, DUFOUT et LANGERON dans leur intéressant rapport, les septicémies de l'adulte se manifestent surtout chez les individus surmenés, débilités par une maladie antérieure, chez les alcooliques, les vieillards et les fem-

mes qui viennent d'accoucher. Les septicémies dites des tropicaux, que l'on observa pendant la guerre chez les soldats de couleur, furent le prétexte d'épidémies redoutables ; elles donnèrent des déchets très sévères.

« *Quel fut le rôle de la vaccinothérapie dans la guérison ?* Nous devons tout au moins noter, à la lecture de notre courbe, que le traitement par les lysats-vaccins fut rapidement suivi d'une défervescence. Nous avons mis en œuvre simultanément deux types de vaccins :

« 1° Un lysat polyvalent, que l'un de nous emploie depuis plusieurs années pour remédier aux infections broncho-pulmonaires banales.

« 2° Un lysat pur de pneumocoques, susceptible de provoquer par sa richesse une élaboration importante d'anticorps. Si cette thérapeutique a bénéficié d'une heureuse coïncidence, il n'est pas sans intérêt de souligner que le *post-hoc propter-hoc* se produisit presque immédiatement au 70^e jour de la septicémie. »

Observations antérieures

OBSERVATION II (Résumée)

Epidémie de pneumococcie chez le nourrisson (LESAGE)

Nous nous bornons à donner ici la référence bibliographique des cas rapportés par M. LESAGE. Nous ne les analyserons pas et nous n'en tiendrons pas compte dans notre travail, l'hémoculture n'ayant pas été pratiquée et la preuve de la pneumococcie n'ayant été faite que par l'examen des pièces d'autopsie.

OBSERVATION III (Groupe de 6 cas)

Epidémie de pneumococcie dans une crèche (VARIOT)

M. VARIOT rapporte l'histoire d'une épidémie de pneumococcie survenue dans une crèche et ayant frappé six nourrissons. Dans chaque cas, la septicémie s'est révélée seulement par la fièvre ; tous se sont terminés par la mort.

OBSERVATION IV (Résumée)

TURRETINI rapporte l'observation d'une septicémie évoluant chez un nourrisson de quatre mois, sans localisation si ce n'est quelques poussées de congestion dans un poumon. L'évolution dura plusieurs mois ; pendant toute cette durée, la fièvre affecta tantôt le type pseudo-palustre, tantôt en plateau. L'enfant finit par guérir après avoir collecté plusieurs abcès à pneumocoques aux points où de l'huile camphrée avait été injectée. Celle-ci semble avoir agi à la manière d'abcès de fixation.

OBSERVATION V (Groupe de 12 cas)

DE JONG et MAGNE rapportent douze observations de septicémies pneumococciques à début brusque avec prostration donnant l'impression d'une fièvre typhoïde sans localisation ; tout au plus, les auteurs ont-ils observé des abcès au niveau des piqûres thérapeutiques. Dans ces douze cas, il s'est agi de tirailleurs al-

gériens ou créoles. L'évolution fut relativement bénigne, puisque dans les douze cas il y eut une seule mort. L'évolution fut en général rapide, la durée n'excéda pas deux semaines.

La thérapeutique fut des plus simples : huile camphrée à forte dose, adrénaline, toni-cardiaques, associés à la balnéation tiède et aux enveloppements thoraciques.

OBSERVATION VI

DESGUINS rapporte une intéressante auto-observation : ayant opéré un cas de péritonite d'origine indéterminée, il souffrit le soir d'une douleur à l'index gauche. Le lendemain, la fièvre s'élève à 41°. Une vésicule suppurée apparaît au niveau de l'index, les ganglions de l'aisselle envahis sont gros et douloureux. La fièvre dure cinq jours, très élevée, accompagnée de troubles digestifs, de douleurs articulaires.

Au huitième jour, une hémoculture révéla la pneumococcie. Puis les ganglions suppurèrent et l'on constata du pneumocoque dans le pus. La fièvre oscilla pendant plus d'un mois à 38°-39°. La convalescence suivit au bout de ce temps.

OBSERVATION VII

LAFFORGUE a rapporté l'observation d'un malade chez lequel survint une éruption ortiée avec : température variant entre 38°5 et 39°, céphalée, courbature et vertiges. L'auteur insiste sur des signes rappelant le tableau de fièvre typhoïde : langue saburrale, épistaxis

renouvelées, gros foie et grosse rate, bronchite diffuse, subictère et albuminurie. Il y avait du tymphos. Une hémoculture faite le second jour, permit d'isoler le pneumocoque.

L'évolution se fit rapidement vers la guérison.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Syndrome péritonéal et dilatation intestinale dans la pneumococcie aiguë (Ch. FLANDIN, DEBRAY et F. FRANÇON).

Il s'agit d'une septicémie aiguë à pneumocoques survenue chez une femme de 18 ans, s'étant traduite essentiellement par des signes d'infection générale grave et une réaction abdominale réunissant les signes cardinaux suivants : douleur vive, météorisme avec disparition de la matité hépatique, arrêt absolu des matières et des gaz. L'évolution a été suraiguë en 5 jours, et la localisation pulmonaire habituelle dans les septicémies à pneumocoques s'ébauchait seulement quand la malade est morte, après une laparotomie exploratrice qui montra simplement un péritoine un peu congestionné, sans exsudat ni liquide dans les culs-de-sac. L'intestin et l'appendice sont absolument indemnes. Il n'y a pas trace de perforation. Le symptôme le plus frappant est la dilatation des anses de l'intestin grêle.

OBSERVATION IX (Résumée)

MM. P. MÉNÉTRIER et G. LÉVESQUE rapportent l'observation d'une femme âgée de 30 ans, qui, après une période de vagues malaises prodromiques, frissons,

vertiges, céphalée, fièvre, dut entrer à l'hôpital. L'état général est grave : le pouls est à 110, la température à 40°, les lèvres et la langue sèches, les conjonctives subictériques, les urines albumineuses. L'examen somatique ne permet pas de déceler la moindre localisation. Une hémoculture faite trois jours après le début révéla l'existence de pneumocoques. Le sixième jour, chute non pas brusque mais faite en deux fois de 40° à 39° le premier jour, et de 39° à 37° le deuxième jour, sans crise urinaire concomitante.

Deux jours après, recrudescence fébrile, avec petite localisation pleurale évoluant sans liquide pendant six jours. Aucune thérapeutique spéciale ne fut instituée étant donné la bénignité très grande de l'évolution.

OBSERVATION X

MM. BROUARDEL et RENARD rapportent un cas parfaitement superposable à la neuvième observation : l'infection à début brusque par frissons, ascension thermique, et courbature, fièvre élevée avec langue sèche et rôtie, urine rare et albumineuse, sans prostration. La défervescence rapide eut lieu entre le cinquième et le septième jour avec retour immédiat à la santé ; pas de signes de localisation pulmonaire. Evolution essentiellement bénigne.

OBSERVATION XI

MM. G. BOULANGER-PILLET et A. GONDAL rapportent un cas de septicémie pneumococcique prolongée à type pseudo-palustre survenue chez un enfant de

2 ans 1/2, et s'étant manifesté uniquement par une fièvre à type pseudo-palustre avec érythème polymorphe; à aucun moment, les auteurs n'ont noté l'existence d'un épisode pulmonaire, rhinopharyngé ou viscéral.

La maladie a évolué pendant 4 mois 1/2, non influencée par les divers traitements employés (sérothérapie antipneumococcique, auto-vaccinothérapie, stovarsol, salicylate de soude, hémothérapie : injections sous-cutanées de sang prélevé à la mère).

La terminaison s'est faite par la guérison.

OBSERVATION XII (Résumée)

M. BERNHEIM rapporte le cas d'un nourrisson de vingt mois qui est pris brusquement de fièvre à 39°8. La température se maintient entre 39° et 40° pendant six jours. Elle affecte ensuite durant douze jours le type intermittent : ce sont de grandes poussées fébriles qui ressemblent à de véritables accès palustres. Une hémoculture faite douze jours après le début, montre du pneumocoque. Un auto-vaccin préparé avec le pneumocoque de l'hémoculture n'a guère eu d'action sur la fièvre, le traitement ayant été institué dès le treizième jour et continué pendant six jours. L'évolution se fit spontanément vers la guérison en trente et un jours.

CHAPITRE II

Symptomatologie

Les 27 observations que nous avons pu retrouver dans la littérature médicale devraient nous permettre de tracer l'aspect clinique des septicémies pneumococciques pures. Mais, ainsi que nous allons le montrer dans les lignes qui suivent, il est bien difficile de brosser ce tableau. La symptomatologie est des plus protéiformes, la durée imprévisible, le pronostic très variable, la thérapeutique elle-même ne comporte aucune règle.

Terrain

Dans 7 cas, il s'est agi d'adultes entre 18 et 40 ans ; dans 12 cas, il s'est agi de noirs récemment arrivés en France ; dans 8 cas, la septicémie à pneumocoque avait touché des nourrissons.

Donc, d'après cette statistique, rien ne nous permet de dire que ce type de septicémie soit plus fréquent chez le nourrisson que chez le noir, que chez l'adulte.

Le sexe masculin et le sexe féminin sont représentés dans une proportion à peu près égale.

Début

Le début est en général brutal ou rapide. Dans plusieurs observations, il a été assez brusque pour faire croire à une pneumonie. Dans la plupart, il a été assez rapide pour que l'on discute le diagnostic de grippe.

Nous n'avons pas retrouvé dans nos observations de phases de fatigue, de dépression, de moindre résistance précédant la septicémie. De nombreuses observations ont trait à des sujets dont la maladie a commencé en parfaite bonne santé.

Période d'état

LA FIÈVRE

L'allure générale de la maladie n'étant pas uniforme, nous force à décrire plusieurs types cliniques différents.

a) *Forme pseudo-palustre*

Cet aspect est assez fréquemment rencontré. Il a été assez net dans l'observation de MM. E. CHABROL, L. DUCHON et Jean COTTET, pour que les auteurs intitulent leur observation « Un cas de paludisme pneumococcique », d'ailleurs la courbe de température que nous publions met bien en évidence le caractère intermittent de la fièvre.

Dans la quatrième observation, M. TURRETINI signa-

le que tantôt la fièvre a affecté un type pseudo-palustre, tantôt un type en plateau. Il en est de même dans la sixième observation de M. DESGUINS. Enfin cet aspect de paludisme fut si net dans nos onzième et douzième cas se rapportant à des nourrissons, que les auteurs qui les publièrent, MM. BOULANGER-PILLET et A. GONDAL, et M. BERNHEIM intitulèrent leurs observations, l'une : « Septicémie pneumococcique prolongée à forme pseudo-palustre », et l'autre : « Pneumococcie primitive et prolongée à type fébrile pseudo-palustre ».

Dans tous ces cas, la température est, le matin, voisine de 37°; et le soir, vers 4 ou 5 heures de l'après-midi, elle s'élève comme dans un accès de malaria à 39°-40° accompagnée de sensations de chaleur, frissons et de sueurs. Signalons ici que toutes ces formes pseudo-palustres ont présenté deux caractères communs : une évolution prolongée, de 4 à 8 semaines, et une terminaison heureuse se faisant vers la guérison. Notons ici que ce type pseudo-palustre n'est pas spécial aux septicémies pures ; il n'est pas rare non plus dans les septicémies se compliquant de localisations purulentes ; des exemples en seront trouvés dans les travaux de MM. P. NOBÉCOURT et J. PARAF ; de BROUARDEL et RENARD, de P. LEREBoullet, de GARDÈRE, de d'ESPINE et REH.

b) *Forme pseudo-typhique*

En regard des formes pseudo-palustres, nous trouvons d'autres malades chez lesquels la septicémie à pneumocoques a rappelé par sa fièvre élevée aux environs de 39° à 40° avec faible rémission matinale, le tableau d'une septicémie à bacilles d'Eberth. Cet aspect est très net dans les 12 observations rapportées par MM. DE JONG et MAGNE et dont nous avons résumé

précédemment les principaux caractères. C'est encore la même ressemblance que signale LAFFORGUE (7^e observation de notre thèse) ; à côté de la température évoquant celle d'une dothie enterique, l'auteur insiste sur la céphalée, la langue saburrale, les épistaxis renouvelées, la bronchite diffuse, l'augmentation du volume du foie et de la rate, le subictère, l'albuminurie. Il y avait en plus une éruption à type urticarien. Une hémoculture est faite : alors qu'on s'attendait à trouver un bacille d'Eberth ou un paratyphique, on isole un pneumocoque.

Sur ces 13 cas, un seul se termina par la mort.

c) *Forme pseudo-grippale*

A côté de ces deux types cliniques, nettement individualisés : forme pseudo-palustre et forme pseudotypique, il existe d'autres observations où le diagnostic de grippe est discuté au début.

On note alors un début rapide, de la fièvre, de la céphalée; le malade est courbaturé, un peu de rhinopharyngite est signalée. Mais l'évolution ne semble pas devoir tourner court ; l'état général est assez touché et l'hémoculture vient démontrer que le pneumocoque est à l'origine de cette infection.

C'est cet aspect que nous rencontrons dans les cas de M. VARIOT, de M. LESAGE, et dans quelques observations de MM. DE JONG et MAGNE.

Notons dès maintenant que ce type pseudo-grippal de septicémie pure à pneumocoques frappe uniquement des enfants et les noirs. Son pronostic, ainsi que nous l'indiquerons plus loin, semble plus grave que celui des formes précédentes.

d) *Forme pseudo-péritonéale*

Dans notre huitième observation, MM. Ch. FLANDIN, DEBRAY et F. FRANÇON rapportent le cas d'une malade

dont le tableau clinique rappelait tant celui d'une péritonite qu'une opération est tentée. Le chirurgien ne trouve qu'un péritoine un peu congestionné, sans exsudat, ni liquide dans les culs-de-sac. L'intestin et l'appendice sont absolument indemnes. Il n'y a pas trace de perforation. On ne signale comme fait anormal qu'une dilatation des anses de l'intestin grêle. La malade meurt le lendemain de la laparotomie exploratrice.

Cette forme péritonéale est très rare. Nous n'en avons retrouvé qu'un cas. Elle est rare également au cours des septicémies avec localisations ; nous pouvons citer cependant le cas de M. NETTER, survenu chez un nourrisson ; MM. CARNOT et DE KERDREL n'en citent que de rares cas dans leur important travail sur la pneumococcie épidémique des Tropicaux. HAMPELN en rapporte 4 cas.

En résumé, l'aspect clinique des septicémies pneumococciques peut se ramener à 4 types : forme pseudo-palustre, forme pseudo-typhique, forme pseudo-grippale et forme pseudo-péritonéale. C'est dire tout le polymorphisme qu'elles présentent et l'impossibilité d'en faire le diagnostic sans l'hémoculture.

CHAPITRE III

Evolution

Si ces septicémies présentent une symptomatologie qui varie grandement suivant les cas, il en est de même pour la durée de leur évolution. L'étude de nos 27 cas nous permet d'en décrire trois types, un type prolongé, un type aigu, un type suraigu.

a) FORME PROLONGÉE

Les formes pseudo-palustres ont *toutes* une évolution prolongée. Nous trouvons une durée de :

— soixante-dix jours dans notre première observation ;

— plusieurs mois dans notre quatrième observation ;

— plusieurs mois également dans l'auto-observation de DESGUINS (obs. VI) ;

— quatre mois et demi dans notre observation XI ;

— trente et un jours dans notre observation XII.

Ce rapprochement des plus frappants que nous pouvons faire entre la longue durée de l'évolution et l'aspect pseudo-palustre de la maladie, nous donne le droit, semble-t-il, d'écrire qu'il existe une *forme de septicémie pneumococcique pure pseudo-palustre prolongée*.

b) FORME AIGÜÈ

Mais dans la plupart de nos observations, la septicémie dura moins longtemps. Nous trouvons les durées suivantes :

— huit à dix jours dans les cas rapportés par M. VARIOT;

— une semaine dans les observations de MM. DE JONG et MAGNE;

— une semaine dans notre observation VII;

— une semaine dans notre observation IX;

— une semaine dans notre observation X.

Toutes ces formes aiguës ont revêtu pendant leur évolution, soit le type pseudo-typhique, soit le type pseudo-grippal. Il semble donc, qu'à côté de la forme de septicémie pneumococcique pure pseudo-palustre prolongée, on puisse décrire *une septicémie pneumococcique pure aiguë pseudo-typhique ou pseudo-grippale*.

c) FORME SURAIGÜÈ

Nous ne trouvons qu'une observation de forme suraiguë, c'est l'observation VIII, de notre thèse rapportée par MM. FLANDIN, DEBRAY et FRANÇON. Elle prit le type pseudo-péritonéal et son évolution s'est faite vers la mort.

CHAPITRE IV

Pronostic

Quel est le pronostic de ces septicémies pneumococciques pures ? Est-il grave ou bénin ? Peut-on d'après l'aspect clinique que revêt la maladie en déduire quelle sera l'évolution ? Il nous semble que l'on puisse répondre affirmativement à cette dernière question :

— les 5 cas de *septicémie pseudo-palustre pure prolongée* se sont terminés par la guérison.

— parmi les 21 cas de *septicémie pure aiguë pseudo-grippale ou pseudo-typhique*, nous relevons 7 morts ; il est vrai, 6 cas concernent des nourrissons, et un cas un indigène de race noire.

— le seul cas de *septicémie pure suraiguë pseudo-péritonéale* s'est terminé par la mort.

De cette courte étude, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° la septicémie pure à pneumocoques est plus grave chez le nourrisson que chez l'adulte.

2° la septicémie pure à pneumocoques est d'autant moins grave que son évolution est plus longue.

Cette règle concerne d'ailleurs toutes les septicémies, et MM. GASTINEL et J. REILLY ne manquent pas de la mentionner dans leur important rapport de 1927, sur la sémiologie générale de l'état septicémique.

Ce n'est pas la place de discuter ici la valeur des

nombreuses méthodes proposées pour l'étude du pronostic des septicémies : numération des germes dans le sang, pouvoir virulicide du sang, formule leucocytaire, pouvoir lèuco-activant du sérum, pouvoir anti-tryptique du sérum, intra-dermo réaction ; MM. GASTINET et REILLY étudient toutes ces méthodes dans leur rapport. Nous avons seulement voulu ici tenter de préciser la possibilité de porter un pronostic en nous basant sur l'allure clinique de la septicémie.

CHAPITRE V

La place des septicémies pneumococciques sans localisations dans le cadre des septicémies pneumococciques

Suivant la classification de MM. ARLOING, A. DUFOURT et LANGERON, nous avons vu dans notre avant-propos que l'on pouvait envisager pour les septicémies pneumococciques, la classification suivante :

1° Septicémies pneumococciques de courte durée précédant la pneumonie ; ces formes sont rares.

2° Septicémies pneumococciques congénitales ; ces formes sont très rares.

3° Septicémies pneumococciques pures sans localisations.

4° Septicémies pneumococciques avec localisations. Ces deux dernières formes, les plus fréquentes, sont rencontrées soit chez le nourrisson, soit chez les « Tropicaux », soit chez l'adolescent ou l'adulte.

Les septicémies pneumococciques pures sont assez rares : nous n'en avons rencontré que 27 cas alors que les pneumococcies avec localisations sont beaucoup plus fréquentes. A vrai dire, la pneumococcémie absolument pure, ne présentant aucune espèce de locali-

sation, est très rare. Analysons plutôt les cas : il en est quelques-uns qui présentent une localisation, secondaire il est vrai, ne jouant aucun rôle dans l'histoire de la maladie :

— dans notre observation IV, M. TURRETINI signale quelques poussées de congestion dans un poumon et plusieurs abcès aux points où l'huile camphrée avait été injectée.

— dans notre observation IX, MM. MÉNÉTRIER et LEVESQUE signalent au décours de la maladie un foyer de pleurite passager, manifesté par des frottements et une courte reprise de la fièvre.

— dans le groupe des 12 observations rapportées par MM. DE JONG et MAGNE, les auteurs signalent quelques abcès au niveau des piqûres thérapeutiques.

Mais à côté de ces observations où les localisations purulentes sont rares, minimales et ne semblent en rien modifier l'évolution de la maladie, il en est d'autres où les métastases sont plus franches. Nous voudrions citer ici une observation récemment publiée à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, par MM. JACQUELIN et L. DUCHON. Nous tenons à rapporter cette observation parce qu'elle se rapproche de celle de MM. E. CHABROL, DUCHON et J. COTTET, par sa fièvre à type pseudo-palustre et par l'heureuse action des lysats-vaccins dans son évolution :

OBSERVATION XIII

Bout..., Micheline, 24 ans.

Cette malade, grippée depuis 15 jours, entre à Saint-Antoine dans le Service de M. le Professeur BEZANÇON, le 20 janvier 1933, dans un état grave.

La veille, un point de côté, lancinant depuis plusieurs

jours, a pris soudain une vive acuité. A son arrivée, elle est délirante, agitée et ne peut répondre à l'interrogatoire. La langue est rôtie, fendillée. Les selles diarrhéiques sont fréquentes, les sphincters sont incontinents, la température à 40°2.

Le 21 janvier, l'état est sans changement ; l'on perçoit à l'auscultation quelques râles, de l'obscurité du murmure vésiculaire avec le gros souffle expiratoire, de la submatité. Une ponction exploratrice ramène du pus montrant des diplocoques lancéolés à l'examen direct. On pratique une hémoculture, on cultive dès le lendemain du pneumocoque.

Le 22 janvier, l'état reste grave. La malade commence à faire des crises épileptiformes qui se renouvellent les jours suivants. Leur intensité est telle que l'on pense à un état comitial préexistant qui ne fut d'ailleurs pas vérifié par la suite.

La vaccinothérapie mixte est commencée : lysat de pneumocoques associé à un lysat polymicrobien en raison de la probabilité du polymicrobisme du foyer pulmonaire vérifié d'ailleurs par les crachats : on trouve en effet à côté du pneumocoque, de nombreux PFEIFFER.

Dès le 24, la température devient irrégulière, à grandes oscillations ; de grands frissons suivis de sudation abondante apparaissent. Entre temps, une radiographie montre une opacité suspendue, de moyenne étendue, sans limites tranchées de la base du poumon droit.

A dater du 28, l'état général s'est franchement amélioré ; les crises épileptiformes ont disparu, la prostration s'est atténuée. La température décline. Mais de volumineuses escharres, sacrées et talonnières se sont creusées. L'escharre sacrée en particulier empiète largement sur les deux fesses et découvre le sacrum ; cet état infectieux local explique la courbe thermique qui oscille autour de 38° jusqu'au 12 février.

A cette époque, l'état général est excellent ; en dehors des escharres, il ne subsiste rien des troubles antérieurs, la collection purulente s'est résorbée.

La vaccinothérapie a été suspendue le 10 février.

En résumé, l'intérêt de cette observation réside beaucoup moins dans la découverte du pneumocoque par l'hémoculture, que dans l'évolution favorable d'une infection grave, compliquée de crises épileptiformes subintrañtes et de vastes escharres faisant craindre à brève échéance une évolution fatale.

Nous pourrions citer bien d'autres observations de septicémie pneumococcique où la localisation purulente n'eut qu'un rôle accessoire, mais ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé ; nous voulons seulement montrer ici la rareté des septicémies à pneumocoques pures et le nombre des formes de passage qui les relient aux septicémies se compliquant de multiples métastases.

A côté donc de ces septicémies pneumococciques où les métastases semblent n'avoir joué qu'un rôle très accessoire parlons d'une autre forme très rare il est vrai : c'est la *septicémie post-pneumonique prolongée* sans nouvelle localisation. Une observation très typique en a été rapportée par M. LEREBoullet :

Une fillette de 10 ans présente une pneumonie dont l'évolution est normale ; puis la température remonte, et elle évolue durant 24 jours oscillant entre 37° le matin à 40° le soir, présentant un type pseudo-palustre des plus nets ; l'auteur signale l'absence de localisation, à part quelques foyers congestifs. L'évolution se fait spontanément vers la guérison. Ces cas ne sont d'ailleurs pas exceptionnels ; ils ont été étudiés en particulier par M. GARDÈRE.

A l'opposé de ces septicémies pures suivant une pneumonie, il existe des *septicémies pures primitives évoluant pendant quelques jours puis se terminant par une pneumonie*. M. IZARD en rapporte un exemple typique ; MM. CÉTtinger et DEGUINGAND en rapportent

un exemple plus intéressant encore par la longue phase de la septicémie pré-pneumococcique : une jeune femme de 17 ans présente pendant 13 jours une fièvre oscillant entre 38° et 40°. Deux hémocultures montrent la présence de pneumocoques dans le sang. Le treizième jour apparaît une pneumonie qui évolue normalement.

Notons que dans ces cas de septicémies pures post ou pré-pneumoniques, la courbe de température a affecté un type pseudo-palustre.

Nous voyons donc qu'entre la septicémie pure dont l'observation de MM. E. CHABROL, DUCHON et Jean COTTET, est le type, et la septicémie présentant de nombreux foyers pulmonaires, et extra-pulmonaires, il existe un grand nombre de formes dégradées : soit qu'il existe un ou deux foyers purulents peu importants, soit que la septicémie pure finisse par présenter une pneumonie, soit qu'une pneumonie ait précédé une longue phase de septicémie pure.

Donc toute classification des septicémies pneumococciques est forcément factice, artificielle ; de nombreuses formes de passage dégradées, unissant entre elles les formes typiques.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic clinique des septicémies pures à pneumocoques ne peut pas être porté. Il est trop de formes cliniques différentes, d'aspects évolutifs variables pour que sur le simple examen du malade on puisse désigner le germe en cause. Mais si l'examen clinique ne permet pas de faire la discrimination du germe, il doit cependant orienter l'esprit vers l'idée de septicémie et faire faire une hémoculture.

Nous voudrions citer ici textuellement la phrase de MM. GASTINEL et REILLY définissant cliniquement la septicémie : « *Le diagnostic de septicémie ne doit être formulé que si l'examen clinique met en évidence un ensemble de symptômes portant la marque d'une diffusion infectieuse : altération de l'état général, imprégnation toxique, ou déterminations viscérales multiples.* »

Cette distinction clinique a une importance primordiale ; en effet, c'est elle et elle seule qui permet d'affirmer qu'il y a septicémie, puisque l'hémoculture ne permet pas de faire la discrimination entre *état septicémique* et *état bactériémique*. Ce n'est pas ici la place de discuter les rapports entre les septicémies et les bactériémies, mais qu'il nous soit cependant permis de rappeler que l'hémoculture positive ne permet pas de conclure à une septicémie s'il n'y a pas les modi-

fications cliniques importantes, profondes, sur lesquelles insistent à juste titre MM. GASTINEL et REILLY.

Suivant le type clinique de la septicémie pure à pneumocoques, ce sont des diagnostics tout différents que l'on envisagera. Aussi, allons-nous rapidement passer en revue les 4 formes cliniques principales que nous avons cru utile d'individualiser.

I° FORME PSEUDO-PALUSTRE

Il est rare, en France, tout au moins, que l'on ait à discuter le *paludisme*. Rappelons cependant que les anciens auteurs ont décrit des poussées de congestions pulmonaires imputables au germe de la malaria ; il semble admis à l'heure actuelle que ce sont des pneumococcies ou des pneumonies même, dont la fièvre prend un type particulier parce qu'elles surviennent chez les Paludéens.

C'est plutôt à la *méningococcémie* que l'on pourra penser tout d'abord. On sait en effet que les méningococcémies pures évoluent souvent avec un type pseudo-palustre sans signes méningés. D'ailleurs lorsqu'une localisation méningée apparaît, la courbe thermique prend un aspect irrégulier.

D'autres septicémies peuvent évoluer avec une température pseudo-palustre. Ce sont les *septicémies à Gonocoques* ; TAPIE et RISER, CHEVREL en ont rapporté des observations.

Les *septicémies à bacilles d'Eberth* prenant un tel type sont exceptionnelles (BOURGES, FAVRE et DUMAS).

On peut se demander quelle est la cause de cette fièvre intermittente dite pseudo-palustre. MM. GASTINEL et REILLY, après une longue étude de la fièvre au cours des septicémies, concluent que « les brusques

accès de la fièvre intermittente qui s'accompagnent de frissons et de signes généraux, correspondent aux décharges microbiennes dans le sang et aux lyses consécutives ».

II° FORME PSEUDO-TYPHIQUE

Dans certaines de nos observations, l'aspect pseudo-typique est assez éloigné de celui d'une Dothientérie. C'est plus à une septicémie à température élevée que ressemblent les cas que nous avons rapportés, en particulier, ceux de MM. DE JONG et MAGNE. Mais il en est un, celui de M. LAFFORGUE, où c'est le tableau de la dothientérie la plus typique qu'il décrit. Seule l'hémoculture peut alors affirmer la septicémie et montrer quel est le germe en cause.

III° FORME PSEUDO-GRIPPALE

Ces formes présentent une physionomie sans grande particularité ; ce n'est que l'absence de localisations, la gravité de l'état général, la continuité de la température qui, poussant à pratiquer une hémoculture, fera faire le diagnostic de septicémie. D'ailleurs, ces formes ont une symptomatologie si estompée qu'à propos des cas rapportés par M. VARIOT et par M. LESSAGE, MM. ARLOING, DUFOUT, LANGERON, s'expriment ainsi : « Les médecins d'hôpitaux d'enfants sont, pendant la saison froide, parfois alertés par une série de cas de fièvres inexpliquées survenant chez les nourrissons. Certains de ces enfants ont du coryza, de la rhino-pharyngite. La plupart ne présentent rien en dehors de l'hyperthermie et de l'abattement ; parfois on décèle une grosse rate. La fièvre dure quelques jours, elle est oscillante plutôt qu'en plateau. Au cours

de ces états fébriles, dont l'origine est multiple, il est arrivé à plusieurs reprises que l'un de nous ait pu mettre en évidence du Pneumocoque dans le sang. Toutefois, il faut reconnaître que le plus habituellement, les hémocultures demeurent stériles. Les injections de vaccins contenant du Pneumocoque influencent manifestement certaines de ces pyrexies. La signature étiologique se manifeste d'ailleurs dans quelques cas ; il survient une localisation. »

Il est donc probable que ces septicémies pures à forme pseudo-grippale sont plus fréquentes qu'on ne le croit : elles ne sont pas diagnostiquées parce qu'elles sont soit d'allure trop bénigne, et l'hémoculture est inutile ; soit au contraire d'allure trop grave, et l'hémoculture n'a pas le temps d'être faite.

IV° FORME PSEUDO-PÉRITONÉALE

Nous n'avons rapporté qu'un cas de septicémie pure pneumococcique à forme pseudo-péritonéale. Le diagnostic en a été impossible, puisqu'une laparotomie exploratrice a été faite. D'ailleurs dans cette forme, la présence du pneumocoque dans le sang ne peut *en aucun cas* suffire à en faire le diagnostic de *septicémie pure* ; en effet, les cas de septicémies pneumococciques avec péritonites purulentes à pneumocoques ne sont pas rares.

CHAPITRE VII

Traitement

Nous n'envisagerons pas ici le traitement général des septicémies à pneumocoques ; assurer la diurèse, soutenir le cœur, favoriser l'évacuation intestinale, sont autant de règles que l'on applique dans toutes les infections.

Nous ne parlerons pas non plus des divers traitements visant particulièrement les états septicémiques : abcès de fixation, hémothérapie, immuno-transfusions, chimiothérapie. Nous ne passerons ici en revue que trois types de traitement : sérothérapie antipneumococcique, traitement par injections intraveineuses de sels biliaires, vaccinothérapie, et en particulier vaccinothérapie par les lysats-vaccins.

SÉROTHÉRAPIE

Seule l'injection intraveineuse du sérum antipneumococcique semble avoir quelque action ; mais comme elle provoque des chocs redoutables, il est recommandé de diluer le sérum de neuf fois son volume d'eau physiologique.

Il est classique de se reporter à l'important travail de R. COLE, de New-York (1921) ; sur 195 cas traités par le sérum de l'Institut Rockefeller, il n'a observé

que 18 décès, soit 9,2 %. Par contre, en France, on est loin d'avoir enregistré de tels succès.

D'ailleurs, dans la seule de nos observations où la sérothérapie a été employée (obs. XI), le résultat a été nul.

On hésite à employer le sérum intraveineux dans une forme semblant évoluer vers la guérison, et on hésite plus encore à l'employer dans les formes graves, craignant les accidents anaphylactiques.

SELS BILIAIRES

NEUFELD, en 1900, constate que la bile dissout le pneumocoque. Il suffit de 0 cc. 1 ou 0 cc. 2 de bile de lapin dans 2 cc. de culture de vingt-quatre heures en bouillon pour observer que le milieu se clarifie en un temps allant de cinq à vingt minutes. Puis, NICOLLE et ADIL-BEY, démontrèrent que l'action lysante de la bile vis-à-vis du pneumocoque était due aux sels biliaires. CORONI, enfin, prétendit que seuls les pneumocoques virulents étaient solubilisés par la bile et que cette dernière n'avait aucune action sur les pneumocoques avirulents.

Mais ce n'est qu'en 1925 que cette propriété des sels biliaires vis-à-vis du pneumocoque fut appliquée en clinique par M. RIBADEAU-DUMAS et Mlle TISSERAND ; ces auteurs ont montré l'heureuse action des instillations de bile dans le rhino-pharynx des enfants atteints de Rhino-pharyngite à pneumocoques.

MAXIMIN, dans sa thèse, puis CASTELLANOS proposent de traiter les pleurésies purulentes pneumococciques par les injections de taurocholate de soude dans les plèvres. La même année, BARJOT apporte quinze observations de septicémies pneumococciques survenues chez des Noirs et traitées par injections

intraveineuses de sels biliaires ; sur 15 cas, il y eut deux morts et treize guérisons.

Dans aucun des cas que nous avons rapportés, cette thérapeutique n'a été appliquée.

VACCINOTHÉRAPIE

Nous ne parlerons pas ici de l'auto-vaccinothérapie. Dans les observations où elle a été employée, elle ne semble pas avoir donné de résultats. Nous insisterons par contre, sur la vaccinothérapie par les lysats-vaccins ; elle a donné deux très bons résultats ainsi que le mettent en évidence les deux observations I et XIII que nous publions.

Le lysat-vaccin qui a été employé, dans les deux observations de MM. E. CHABROL, L. DUCHON et J. COTTET, et de MM. JACQUELIN et L. DUCHON est un vaccin dont les pneumocoques sont lysés par le bacille pyocyanique, lyse que l'on obtient rapidement et facilement en raison même de la fragilité du pneumocoque. C'est un vaccin riche en antigène ; or il semble que le pouvoir curatif d'un vaccin soit en relation directe avec la richesse même de l'antigène ; M. DUCHON a insisté dans plusieurs travaux sur cette notion.

Nous voulons encore insister sur l'association à une vaccinothérapie pneumococcique pure, d'une vaccinothérapie polymicrobienne en raison de la fréquence des infections secondaires, en particulier des infections broncho-pulmonaires, au cours des septicémies en général. Rappelons en effet que la malade de MM. CHABROL, DUCHON et J. COTTET, présentait des signes de bronchite diffuse et que celle de MM. JACQUELIN et DUCHON offrait un foyer pulmonaire. Ce serait une erreur de croire que ces infections sont toujours dues au germe qui a engendré la septicémie ;

bien souvent, elles relèvent d'une flore polymicrobienne. Voici comment la vaccinothérapie par les lysats peut être instituée :

Injecter chaque jour, par voie sous-cutanée, un centimètre cube de lysat-vaccin pneumococcique pur et un centimètre cube de lysat-vaccin polymicrobien. La règle est de continuer la vaccination quotidienne jusqu'à la guérison sans se préoccuper de la durée de la vaccination.

Il faut savoir que les anticorps pneumococciques donnent une immunité active, rapide et puissante, mais éphémère ; en conséquence, il convient, afin d'éviter les reprises, de prolonger la vaccinothérapie jusqu'à ce que la température soit tombée ; on essaiera ensuite de maintenir l'immunité, en faisant des injections de vaccins tous les deux ou trois jours pendant encore deux ou trois semaines. Dans les deux cas que nous rapportons, la vaccination porta sur un laps de temps prolongé et ne présenta aucun inconvénient.

Sans vouloir attribuer la guérison de nos deux malades exclusivement aux lysats-vaccins, sachant très bien que ces formes de septicémie peuvent guérir spontanément, nous nous bornons à constater la coïncidence qu'il y eut entre la mise en œuvre de la vaccination et le début de la défervescence thermique.

Conclusions

Voici les conclusions que nous croyons devoir dégager de cette étude clinique sur les *septicémies pneumococques pures sans localisations*.

I. — Elles sont rares. Nous n'en avons rencontré que 27 cas dans la littérature médicale.

II. — Elles se ramènent à quatre types cliniques nettement individualisés : *forme pseudo-palustre, forme pseudo-typhique, forme pseudo-grippale, forme pseudo-péritonéale*.

III. — Elles sont plus graves chez l'enfant et chez l'indigène récemment transplanté, que chez les sujets adultes. Leur pronostic est moins sévère que lorsque l'évolution se prolonge.

IV. — Il nous paraît intéressant de souligner, au point de vue thérapeutique, l'heureuse association des lysats-vaccins pneumococques purs et des lysats-vaccins polymicrobiens.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- BARJOT. — Traitement des Septicémies Pneumococciques par les sels biliaires intraveineux. Académie de Médecine, 31 juillet 1928.
- BEZANÇON, DUCHON, CÉLICE, WAHL et RAGU. — De l'influence de la vaccinothérapie sur les épanchements purulents à pyogènes des plèvres. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*.
- BOULANGER-PILLET et GONDAL. — Septicémies pneumococciques prolongées à forme pseudo-palustre. *Soc. de Pédiatrie*, 1928.
- BOURGES. — Deux cas de septicémies éberthiennes à type de fièvre intermittente. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 8 novembre 1920.
- BROCQ (P.) et L. DUCHON. — Des applications de lysats-vaccins dans la thérapeutique des infections chirurgicales. *Pratique Médicale Française*, mai 1931.
- BROUARDEL et RENARD. — Un cas de Septicémie pneumococcique primitive. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1921, p. 328.
- CARNOT et DE KERDREL. — La Pneumococcie épidémique des Tropicaux. *Paris Médical*, 1916, p. 37.
- CHABROL (E.), L. DUCHON et Jean COTTET. — Un cas de Paludisme Pneumococcique. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, mai 1933.
- CHEVREL. — Septicémie gonococcique à caractères de fièvre intermittente. Traitement par la vaccinothérapie. *Progrès Médical*, juin 1912.
- DESGUINS. — Septicémie à Pneumocoque. Bruxelles, 1908.
- D'ESPINE et REH. — Les pneumococcies à la Clinique Infantile. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, juil. 1918, n° 7.

- FAVRE et DUMAS. — Septicémies Eberthiennes à forme Palustre. *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 14 juin 1921.
- FLANDIN (Ch.), DEBRAY et F. FRANÇON. — Syndrome péritonéal et dilatation des anses intestinales dans la Pneumococcie aiguë. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 7 nov. 1919.
- GARDÈRE. — Des Pneumococcies prolongées chez l'enfant. Rapport au Congrès de Pédiatrie, Bruxelles, oct. 1923, et *Journal de Médecine de Lyon*, 5 déc. 1923.
- GASTINEL (P.) et J. REILLY. — Séméiologie générale des Septicémies. *Congrès Français de Médecine*, XIX^e Session, Paris 1927.
- HAMPELN. — Grave manifestation abdominale au début de la Pneumonie. *Zeitsch. für Klin. Mediz.*, 1902, t. XLV, p. 448.
- IZARD. — Pneumococcémie primitive. *Paris Médical*, 2 juin 1923.
- JACQUELIN et L. DUCHON. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, mai 1933.
- JACQUELIN (A.), L. DUCHON et VANNIER. — Précision sur le rôle des lysats-vaccins dans le traitement des pleurésies purulentes. *Gaz. Méd. du Nord*, 15 avril 1932.
- DE JONG et MAGNE. — Pneumococcies simulant la fièvre typhoïde. *Paris Médical*, 1917, n° 41, p. 289.
- LAFFORGUE. — Fièvre ortiée d'origine pneumococcique. *Soc. Méd. Hôp. Lyon, Lyon Médical*, 1909.
- LEJARS, BROcq et DUCHON. — Traitement des infections chirurgicales et en particulier des infections broncho-pulmonaires post-opératoires par les lysats-vaccins. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie*, séance du 4 mars 1931, t. LVII, n° 9.
- LEMIERRE, ABRAMI et JOLTRAIN. — Pneumococcémie avec localisation pulmonaire tardive. *Gazette des Hôp.*, 29 sept. 1908.
- LEREBoulLET. — Les pneumococcies prolongées de l'enfance. *Paris Médical*, 1^{er} sept. 1923, p. 189.

- LESAGE. — Epidémie de pneumococcie chez le nourrisson. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, mars 1900.
- MÉNÉTRIÉR et LEVESQUE. — Septicémie à pneumocoque primitive. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1921, p. 85.
- NETTER. — Un cas de péritonite à pneumocoque chez le nourrisson. *Soc. de Biol.*, 1890.
- NOBÉCOURT et PARAF. — Etude clinique et thérapeutique sur les pneumococcies du nourrisson. *Presse Médicale*, 28 avril 1930.
- ŒTTINGER et DEGUINGAND. — Septicémie pneumococcique primitive avec localisation pulmonaire tardive. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 11 février 1921.
- PASTEUR. — Académie de Médecine, mars 1881.
- RIBADEAU-DUMAS et Mlle TISSERAND. — Rhino-pharyngite à pneumocoque et leur traitement. *Soc. de Pédiatrie*, 20 oct. 1925.
- TAPIE et RISSER. — Septicémie à titre de fièvre intermittente ; gonococcémie probable ; échec de la sérothérapie antiméningococcique ; guérison immédiate par l'auto-vaccinothérapie. *Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris*, 2 juin 1922.
- TURRETINI. — Pneumococcie prolongée. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, juillet 1918, n° 7.
- VARIOT. — Epidémie de pneumococcies dans une crèche. *Soc. de Pédiatrie*, 24 fév. 1920.
- CASTELLANOS. — Contribution à l'étude des pneumococcies ; traitement par les sels biliaires. *Archivos de la Sociedad de Estudios Clinicos de la Habana*, t. XXVIII, n° 5, juin 1928. Analysé in *Presse Médicale*, 1928.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	13
<i>Chapitre premier.</i> — Observations de septicémies à pneumocoques, sans localisations	17
Observations antérieures	21
<i>Chapitre II.</i> — Symptomatologie	27
Début	28
Période d'état	28
<i>Chapitre III.</i> — Evolution	33
<i>Chapitre IV.</i> — Pronostic	35
<i>Chapitre V.</i> — La place des septicémies pneumo- cocciques sans localisation dans le cadre des septi- cémies pneumococciques	37
<i>Chapitre VI.</i> — Diagnostic	43
<i>Chapitre VII.</i> — Traitement	47
Conclusions	51
Bibliographie	53

